

インフルエンザワクチンの問診票(小児用)(カルテ番号: _____)

(1回目、2回目) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____ 横浜市・川崎市・東京都・(_____) 都筑・青葉・(_____)区	緊急連絡先(自宅・携帯・会社・その他) 電話 (_____)
受ける人の氏名	フリガナ _____ 男・女 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ (_____)歳(_____)ヶ月
保護者の氏名	現在の体温 _____ 度 _____ 分

質問事項	解答(○印)欄	医師記入欄
2回目の方: 1回目の注射で何か問題がありましたか?	なかった・あった	
それはどんな問題でしたか?(発熱・腫れた・ _____)		

1回目の方: 以下の質問にお答えください。当院で2回目接種の方の記載は不要です。

お子さまの予防接種についての説明書を読みましたか?	はい・いいえ	
お子さまの発育歴についてお聞きます。出生体重(_____ g) 分娩時または出生時に異常がありましたか? これまでの健診で異常を指摘されたことがありましたか?	(_____ 週 _____ 日) なかった・あった なかった・あった	
生まれてからこれまで特別な病気で医師にかかったことがありますか? その病名は何ですか?(_____) その医師に本日の接種を受けて良いといわれていますか?	いいえ・はい はい・いいえ	
今日、からだの具合の悪いところがありますか? 具合の悪いところか症状は何ですか?(_____)	ある・ない	
最近の1ヶ月以内に病気にかかりましたか? その病名は?(_____)	はい・いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか? いつ頃?(_____)歳頃、その時に熱がありましたか?	ある・ない あった・なかった	
最近の1ヶ月以内に家族や友達に麻疹・風疹・おやふくかぜ・みずぼうそうの病気の方がいましたか? 病名は?(_____)	いた・いなかった	
薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか? 何で?(_____)	あった・なかった	鶏卵食: yes, no
最近1ヶ月以内に、他の予防接種を受けましたか? その予防接種名は?(_____)	はい・いいえ	
今まで、予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか? その予防接種名は?(_____)	ある・ない	
家族の方で予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか?	いる・いない	
ご家族の中に先天性の免疫不全と診断された方がいますか?	いる・いない	
最近6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか?	はい・いいえ	
最後に、今日の予防接種について何か質問がありますか?	ある・ない	

医師の記入欄
以上の問診および診察の結果、今回の予防接種の可否について(可能・見合わせる)(署名 _____)

保護者の記入欄
以上の結果、本日の予防接種は受けますか?(受ける・見合わせる)(署名 _____)

接種ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
インフルエンザワクチン	皮下接種	接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 横浜市都筑区中川1-10-33 しんぼ こどものクリニック 新保敏和
lot _____	ml _____	